

Artigos Originais

Original Articles

Diagnóstico da Infecção VIH – o que mudou em 10 anos

HIV infection diagnosis – What changed in 10 years

Andreia Carlos, Sandra Gouveia

Resumo

Introdução: A infecção VIH/SIDA mantém-se uma importante causa de morbilidade e mortalidade nos países em vias de desenvolvimento, onde a terapêutica antiretroviral só está disponível para um número restrito de doentes. Nos países desenvolvidos, há tendência para estabilização da epidemia mas é ainda frequente o diagnóstico em fases tardias, com subaproveitamento dos benefícios do tratamento, aqui facilmente acessível. Em Portugal, país da Europa Ocidental com maior prevalência de infecção VIH, continua a verificar-se o aumento de novos casos.

Objectivos e Métodos: Avaliação retrospectiva com caracterização e comparação de dois grupos de doentes com infecção VIH acompanhados em consulta de um hospital central de Lisboa - um com diagnóstico em 1997/1998, outro com diagnóstico em 2007/2008 – com o objectivo de analisar possíveis diferenças de “perfil” demográfico, epidemiológico, clínico-laboratorial e terapêutico.

Resultados: Foram estudados 74 doentes com diagnóstico em 1997/1998 e 106 doentes com diagnóstico em 2007/2008. A idade média foi superior em 2007/2008. O sexo masculino predominou em qualquer dos períodos, sem diferença significativa. A raça negra e a origem não portuguesa tiveram maior representatividade em 2007/2008. Verificou-se um aumento da transmissão heterossexual e um menor número de casos associados ao uso de drogas endovenosas em 2007/2008. O estadio inicial não mostrou diferenças estatisticamente significativas nos dois períodos. Em 1997/1998 os esquemas terapêuticos envolveram maior número de comprimidos e maior número de tomas diárias.

Conclusões: Parece-nos fulcral o investimento em estratégias de redução de riscos e de diagnóstico precoce, em cuja definição devem ser contemplados múltiplos factores, individuais, comportamentais e sociais. Com uma prevenção mais efectiva e início atempado da terapêutica, que se objectiva progressivamente mais potente, mais simples e mais bem tolerada, e se aspira de acesso universal, talvez um dia se alcance o tão desejável controlo da epidemia.

Palavras chave: Infecção a VIH, SIDA, epidemiologia, transmissão, prevenção, comportamento, terapia antiretroviral.

Abstract

Introduction: The HIV infection / AIDS is still an important cause of morbidity and mortality in developing countries, where only a restricted number of patients have antiretroviral therapy available. In developed countries there is a trend to epidemics stabilization. Nevertheless, late stage diagnosis is still very frequent, overcoming the benefits of treatment early onset. Portugal is the Western European country with the highest prevalence of HIV infection, presenting an increasing number of new cases.

Objective and Methods: We retrospectively characterized and compared two groups of patients with HIV infection followed in an outpatient clinic of a Lisbon hospital. The first group included patients that had been diagnosed in 1997/1998, and the second group included patients diagnosed in 2007/2008. Our purpose was to ascertain any differences between the groups concerning demography, epidemiology, clinical presentation, laboratory parameters and therapy.

Results: We evaluated 74 patients diagnosed with HIV infection in 1997/1998 and 106 diagnosed in 2007/2008. The average age at the time of diagnosis was higher in 2007/2008 (37.8 vs 33.1 years). The male gender was predominant in both periods, without significant difference. There were more foreign patients in 2007/2008 (50% vs. 20.3%). There was an increase in heterosexual transmission (65.1% vs. 48.6%) and a decreased number of cases associated with injection drug use (3.8% vs. 32.4%) in 2007/2008. There were no significant differences of patients diagnosed on initial stage C between the two groups. In the 1997/1998 period, patients needed to take a higher number of pills distributed by a higher number of times per day.

Conclusions: The investment in strategies to reduce the risk of HIV transmission and early diagnosis is crucial. With a more effective prevention and an early institution of antiretroviral therapy, we expect to become more effective, easier and safer, day by day, and perhaps one day we will achieve the epidemic control.

Key words: HIV infection, AIDS, epidemiology, transmission, prevention, behaviour, antiretroviral therapy.

Key words: Recurrent oral ulceration, oral aphthae, epidemiology, prevalence, Portugal.

Serviço de Medicina 1.4 do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.

Recebido para publicação a 28.09.10

Aceite para publicação a 17.08.12

INTRODUÇÃO

Volvidos quase 30 anos da identificação dos primeiros casos da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência

Humana (VIH) continua a representar uma causa importante de morbilidade e mortalidade, sobretudo nos países subdesenvolvidos, onde afecta gravemente o desenvolvimento demográfico das populações.¹⁻⁴

A evolução temporal da epidemia da infecção VIH/SIDA está intimamente relacionada com modificações comportamentais e sociais, o que parece justificar o aumento progressivo do número de casos de transmissão heterossexual ou a tendência actual para uma crescente incidência na população homossexual.⁵⁻⁷ Por outro lado, a alteração dos padrões de consumo de drogas recreativas e as estratégias de redução de risco e minimização de danos (programas de substituição com metadona/troca de seringas/...) parecem explicar, pelo menos em parte, a progressiva diminuição da transmissão parentérica.⁸

O primeiro caso de SIDA no nosso país foi diagnosticado em Outubro de 1983. Actualmente, Portugal é o país da Europa Ocidental com maior prevalência de infecção VIH e SIDA,⁹ continuando a registar um aumento do número de novos casos.¹⁰ À semelhança do que aconteceu nos outros países europeus, a principal via de transmissão foi até 2003 o uso de drogas endovenosas, verificando-se a partir dessa data um aumento progressivo do número de casos associados a transmissão sexual, sendo que actualmente a transmissão heterossexual se sobrepõe notoriamente à transmissão parentérica (59.6% versus 23,6%) e a transmissão homo/bissexual evidencia nos últimos anos uma tendência evolutiva crescente.¹¹

Com o desenvolvimento da terapêutica antiretroviral de elevada eficácia (HAART – *Highly Active Antiretroviral Therapy*) nos finais da década de 90, foi possível transformar a infecção VIH, outrora fatal, numa condição crónica, com uma diminuição significativa da mortalidade e dos casos notificados de SIDA.^{12,13}

Não obstante, mesmo nas regiões com fácil acesso à terapêutica, um considerável número de indivíduos infectados desconhece o seu estado serológico e, como tal, não está sob tratamento, perpetuando a transmissão da infecção.

Em Portugal está actualmente em vigor o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2007-2010, cujo ponto essencial é o diagnóstico precoce e o início atempado do tratamento, só possível ao tornar disponível a realização do teste de rastreio para o VIH na rotina dos serviços de saúde.¹¹

Apesar da implementação de campanhas de sensibilização e programas de prevenção, do vertiginoso

desenvolvimento no campo da terapêutica e do melhor acompanhamento destes doentes, continuamos perante uma pandemia global, que constitui um grave problema de saúde pública em todo o mundo.^{9,14,15}

OBJECTIVOS E MÉTODOS

O nosso estudo teve como objectivo comparar dois períodos distintos da história da infecção VIH, de forma a avaliar possíveis diferenças no perfil demográfico, epidemiológico, clínico e laboratorial do doente diagnosticado nos anos mais recentes e há uma década atrás. Igualmente avaliámos alguns aspectos relativos à abordagem terapêutica nestes dois períodos, o inicial coincidindo com os primórdios da HAART e o segundo reflectindo a realidade actual, com um desenvolvimento farmacológico mais amplo.

Seleccionámos de um universo de doentes com infecção VIH acompanhados numa consulta de um hospital central de Lisboa aqueles com diagnóstico efectuado em 1997/1998 e aqueles com diagnóstico efectuado em 2007/2008 e procedemos a análise retrospectiva dos respectivos processos clínicos com colheita dos seguintes dados: sexo, idade, raça, naturalidade, categoria de transmissão, motivo de realização do teste, fonte de referenciação à consulta, estadiamento inicial, doenças oportunistas, terapêutica anti-retroviral nos primeiros 12 meses (salientando-se que a análise dos 5 últimos itens apenas foi possível nos doentes cujo acompanhamento foi por nós efectuado desde o conhecimento da infecção VIH).

Estabelecemos como data limite de colheita de dados 31 de Março de 2009.

Na análise estatística utilizou-se o *software* NCSS para o Windows. Foram utilizados métodos estatísticos descritivos para as características demográficas: distribuição de frequências para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas. Na comparação de variáveis contínuas utilizou-se o teste de Mann-Whitney U. Considerou-se significativo um valor de *P* inferior a 0,05.

RESULTADOS

De um total de 641 doentes com infecção VIH inscritos na consulta até 31 de Março de 2009, foram identificados 74 com diagnóstico efectuado em 1997/1998 e 106 com diagnóstico efectuado em 2007/2008. Do primeiro grupo, apenas 43 doentes iniciaram seguimento nesta consulta logo após conhecimento da seropositividade (os restantes não tinham acompanhamento prévio ou

QUADRO I**Distribuição dos doentes por sexo, idade, raça, país de origem e categoria de transmissão**

Características	1997/1998 (n=74)		2007/2008 (n=106)		p
	N	%	N	%	
Sexo					
Masculino	48	64,9	68	64,2	P=0,921
Feminino	26	35,1	38	35,8	
Idade					
≤19 anos	8	10,8	—	—	P=0,765
20-39 anos	47	63,5	65	61,3	
40-59 anos	16	21,6	33	31,1	P=0,158
≥ 60 anos	3	4,1	8	7,6	P=0,335
Raça					
Caucasiana	67	90,5	71	67,0	P= 0,001
Negra	7	9,5	35	33,0	
País de origem					
Portugal	59	79,7	53	50,0	P<0,001
Europa Ocidental	2	2,7	1	0,9	
Europa do Leste	—	—	4	3,8	
África	7	9,5	37	34,9	
América do Sul	6	8,1	11	10,4	
Categoria de transmissão					
Heterossexual	36	48,6	69	65,1	P= 0,03
Homossexual	13	17,6	31	29,3	P= 0,07
Toxicodependência	24	32,4	4	3,8	P< 0,001
Vertical	1	1,4	—	—	
Transusão	—	—	1	0,9	
Desconhecido	—	—	1	0,9	

havia sido já acompanhados noutros centros); do segundo grupo, todos os doentes foram seguidos nesta consulta desde a data do diagnóstico.

A distribuição por sexos foi sobreponível nos dois períodos, com maior representatividade de doentes do sexo masculino (64.9% em 1997/1998 e 64.2% em 2007/2008) – *Quadro I*.

A idade média dos doentes diagnosticados em 1997/1998 foi de 33,1 anos, inferior à idade média dos doentes diagnosticados em 2007/2008 que foi de 37,8 anos ($p=0,005$). Em qualquer dos períodos houve um maior número de doentes na faixa etária dos 20 aos 40 anos – 63.5% em 1997/1998 e 61.3% em 2007/2008 – *Quadro I*.

A raça caucasiana foi a predominante nos dois períodos em análise, verificando-se, no entanto, um

aumento dos doentes de raça negra no período de 2007/2008 (33.0% vs 9.5% - $p=0,001$) – *Quadro I*.

A maioria dos doentes tinha naturalidade portuguesa (79.7% em 1997/1998 e 50.0% em 2007/2008), objectivando-se um aumento do número de doentes estrangeiros em 2007/2008 ($p<0,001$), sobretudo oriundos de países africanos de expressão oficial portuguesa, nomeadamente Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau e Moçambique – *Quadro I*.

Em 2007/2008 verificou-se um aumento do número de casos associados à transmissão heterossexual (65.1% vs 48.6% - $p=0,03$) e uma diminuição do número de casos associado ao uso de drogas endovenosas (3.8% vs 32.4% - $p<0,001$). Relativamente à transmissão homossexual, apesar de se ter verificado um maior número de casos em 2007/2008 (29.3% vs 17.6%), esta diferença não foi estatisticamente significativa – *Quadro I*.

Na análise dos parâmetros seguintes consideraram-se apenas os doentes por nós acompanhados desde a data do diagnóstico (43 em 1997/1998 versus 106 em 2007/2008).

Em 1997/1998, os motivos mais frequentes para realização de *screening* serológico foram a presença de doença oportunista (30.2%) ou de doenças se-

xualmente transmissíveis (23.2%). Em 2007/2008, os principais contextos de diagnóstico foram a existência de comportamento de risco/parceiro infectado (26.4%) e o aparecimento de doença oportunista (17.9%) – *Quadro II*.

Quanto à proveniência dos doentes, identificou-se como mais prevalente em 1997/1998 a Consulta de Dermatologia/Venereologia (39.5%), seguindo-se o internamento em Enfermarias de Medicina (20.9%) e a Consulta de Medicina (14.0%). Em 2007/2008 as principais fontes de referência foram o internamento (19.0%), o Serviço de Urgência (16.0%) e o parceiro infectado acompanhado na consulta (12,2%) – *Quadro III*.

Relativamente à classificação inicial, registou-se uma mais elevada percentagem de doentes no estadio C no período de 1997/1998 (30.2% vs 17.9%), mas sem

QUADRO II**Motivo de realização do teste serológico para infecção VIH**

Motivo do Teste	1997/1998 (n=43)		2007/2008 (n=106)	
	N	%	N	%
Adenopatias	—	—	6	5,7
Avaliação pré-operatória	—	—	6	5,7
Candidíase oral	—	—	2	1,9
Comp. Risco/Parceiro infectado	4	9,3	28	26,4
Desconhecido	2	4,7	1	0,9
Doença Oportunista	13	30,2	19	17,9
Doenças Sexualmente Transmissíveis	10	23,2	7	6,5
Filho infectado	—	—	4	3,8
Gravidez	2	4,7	10	9,4
Outra	—	—	2	1,9
Patologia cutânea	5	11,6	6	5,7
Pneumonia	3	7	—	—
Programa de desintoxicação	—	—	1	0,9
Queixas constitucionais	—	—	4	3,8
Seroconversão	1	2,3	6	5,7
Síndrome febril	1	2,3	4	3,8
Trombocitopenia	2	4,7	—	—

QUADRO III**Proveniência/Referenciação dos doentes**

Características	1997/1998 (n=43)		2007/2008 (n=106)	
	N	%	N	%
Internamento	9	20,9	20	19,0
Serviço de Urgência	1	2,3	17	16,0
Centro de Saúde / CAT	1	2,3	4	3,8
Consulta de Medicina	6	14,0	3	2,8
Consulta de Cirurgia	—	—	5	4,7
Cons. Dermatologia/Venereologia	17	39,5	7	6,6
Maternidade/Pediatria	2	4,7	9	8,5
Parceiro	3	7,0	13	12,2
Outra	4	9,3	28	26,4

significado estatístico (*Quadro IV*). De entre as doenças definidoras de SIDA, assumiu particular relevância, com expressão sobreponível em ambos os períodos, a Tuberculose (52.9% em 1997/1998 e 52.6% em

2007/2008); o sarcoma de Kaposi foi a segunda doença oportunista mais frequente (35.3% em 1997/1998 e 15.8% em 2007/2008).

Quanto à caracterização imunológica também não houve diferenças estatisticamente significativas, sendo sobreponível a percentagem de doentes com contagem de linfócitos T CD4 inferior a 200/mm³ à data de diagnóstico nos dois períodos analisados (27.8% em 1997/1998 vs 30.9% em 2007/2008) - *Quadro IV*.

Em 1997/1998, dos 43 doentes acompanhados na consulta desde o conhecimento da infecção, 38 iniciaram terapêutica antiretroviral (TARV) no primeiro ano após o diagnóstico, de acordo com recomendações então vigentes. Nos restantes 5 doentes não foi instituída terapêutica por não estar garantida a desejável adesão. Os inibidores nucleósidos da transcriptase reversa (INTR) mais utilizados neste período foram a estavudina (44.8%) e a zidovudina (28.9%), associados à lamivudina. Em 3 (7.9%) doentes foi efectuada terapêutica com 3 INTR, incluindo abacavir (em associação a zidovudina e lamivudina) no contexto de ensaio clínico. A 28 (73.7%) doentes foi prescrito um regime baseado num inibidor da protease (IP), sendo o indinavir o mais utilizado (75.0%). Nos restantes 7 (18.4%) doentes foi iniciada TARV com um inibidor não nucleósido da transcriptase reversa (INNTR), a nevirapina (*Fig. 1*). Estes regimes terapêuticos exigiam a toma de um elevado número de comprimidos – 73.7% dos doentes tomavam diariamente entre 10 a 16 comprimidos, distribuídos por duas ou três tomas. Mesmo os regimes mais simples implicavam a toma de pelo menos 6 comprimidos por dia. Durante os primeiros 12 meses, a terapêutica foi modificada/ interrompida em 11 (28.9%) doentes devido a: efeitos adversos (5 casos), falência terapêutica (4 casos) e abandono (2 casos). Os efeitos adversos encontrados foram: intolerância gastrointestinal (2 casos) e litíase

QUADRO IV

Contagem inicial de Linfócitos T CD4 e Estadio clínico inicial

Características	1997/1998 (n=43)		2007/2008 (n=106)		P
	N	%	N	%	
CD4 Iniciais					
≤49	3	6,9	14	13,2	
50-199	9	20,9	19	17,9	
200-349	11	25,6	22	20,8	
≥350	18	41,9	47	44,3	
Desconhecido	2	4,7	4	3,8	
Estadio Inicial					
Estadio A	28	65,1	80	75,5	P=0,199
Estadio B	2	4,7	4	3,8	P=0,804
Estadio C	13	30,2	19	17,9	P=0,09
Desconhecido	—	—	3	2,8	

renal (2 casos), ambos associados à terapêutica com indinavir, e possível reacção de hipersensibilidade associado ao abacavir (1 caso).

Dos 106 doentes diagnosticados em 2007/2008, foi iniciada TARV no decurso do primeiro ano após o diagnóstico, com esquemas adequados às recomendações em vigor, a 59 doentes. Nos restantes 47 identificaram-se os seguintes motivos de não inclusão em terapêutica: ausência de critérios até à data estabelecida para limite do estudo (36 casos), abandono da consulta (10 casos) e falecimento (1 caso). Dentro dos INTR prescritos, o mais utilizado foi o tenofovir (86,4%), seguido pelo abacavir (10,2%) e depois pela zidovudina (3,4%), associados à entricitabina ou à lamivudina. Quanto ao terceiro fármaco do esquema, em 38 (64,4%) doentes consistiu num INNTR, sendo o efavirenz o mais utilizado (94,7%) e em 21 (35,6%) doentes medicados com IP, nomeadamente atazanavir (57,1%) e lopinavir (42,9%), potenciados com ritonavir (Fig. 1). Estes regimes actuais incluem um menor número de comprimidos – 83,1% dos doentes tomavam 3 ou menos comprimidos diários, e em menos administrações diárias – 79,7% dos doentes numa toma única. Dos 59 doentes a quem foi iniciada TARV, à data limite da colheita de dados apenas 31 tinham completado 12 meses de terapêutica – que foi modificada/interrompida em 8 (25,8%) doentes. Os motivos assinalados foram: efeitos adversos (3 casos), falência terapêutica (2 casos), simplificação terapêutica (1 caso), interações medicamentosas (1 caso) e abandono (1 caso).

Ainda que tenha sido mais elevada a percentagem de

doentes que modificaram ou interromperam a TARV no período de 1997/1998, essa diferença não teve significado estatístico ($p=0,062$).

DISCUSSÃO

Na nossa análise, a idade média dos doentes diagnosticados em 2007/2008 foi superior à idade média dos doentes diagnosticados em 1997/1998, o que está provavelmente relacionado com o maior número de casos de transmissão heterossexual, como demonstrado noutros estudos.¹⁶

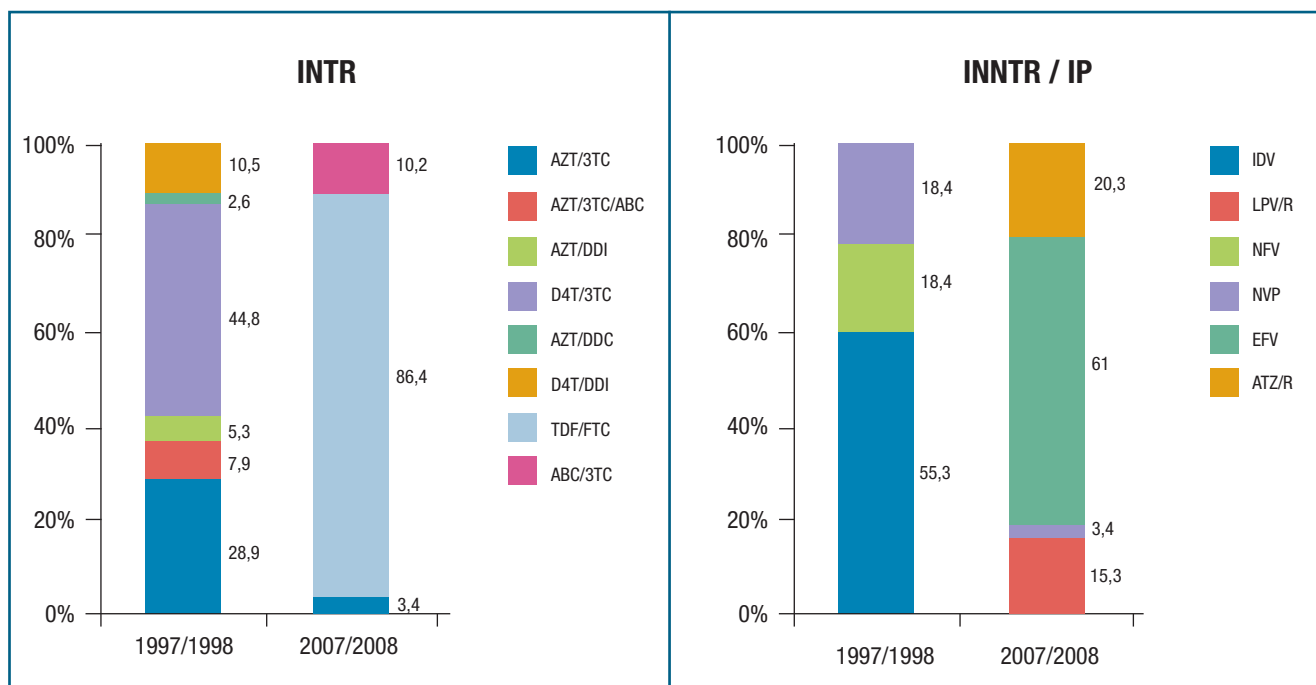
Por outro lado, não foi encontrada diferença na distribuição por sexo entre os dois períodos estudados, o que contrasta, de algum modo, com a realidade mundial, e mesmo nacional, em que, apesar de se manter uma maior representatividade do sexo masculino, é descrito um progressivo aumento do número de casos no sexo feminino.

Verificámos um aumento de doentes de origem não portuguesa, bem como de doentes de raça negra, no último período analisado, o que está certamente relacionado com a grande comunidade de imigrantes, sobretudo oriundos de países africanos, nomeadamente das antigas colónias portuguesas.

A transmissão heterossexual teve um peso importante em ambos os períodos, sobretudo em 2007/2008, em que foi responsável por uma maior percentagem de novas infecções, sendo estes dados concordantes com os dados nacionais.¹⁷

À semelhança de outros estudos realizados, também verificámos uma diminuição do número de casos de infecção associado ao uso de drogas endovenosas, o que se deve provavelmente à eficácia das campanhas de informação e sensibilização dirigidas a este grupo e à instituição de programas de substituição com metadona e de troca de seringas.

Apesar de não ser estatisticamente significativa, parece existir uma tendência para o aumento do número de casos de infecção VIH adquirida no contexto de contactos homossexuais, à semelhança do que se tem registado no panorama nacional.¹⁷ A contribuir para este facto poderá estar um aumento dos comportamentos de risco, promovido, por um lado, pela diminuição do receio de se ficar infectado e, por outro lado, pela crescente prevalência da infecção resultante de uma maior sobrevida e consequentemente maior oportunidade de transmitir a doença.^{7,18}



Terapêutica antiretroviral inicial.

FIG. 1

Em 2007/2008, o motivo principal para a realização de *screening* da infecção VIH foi o comportamento de risco/parceiro infectado, o que poderá reflectir uma maior percepção do risco, ainda que nem sempre traduzida nos comportamentos.

Verificou-se um maior número de doentes referenciados à consulta a partir do Serviço de Urgência em 2007/2008, revelando, certamente, uma mais adequada valorização, por parte dos médicos, dos comportamentos de risco e dos “sinais de alerta” clínicos, laboratoriais e imagiológicos.

Embora não tenham sido encontradas diferenças com significado estatístico relativamente ao estadió C inicial e à contagem de linfócitos T CD4 inferior a 200/mm³ entre os dois períodos, verificámos que em 2007/2008 se mantém elevada a proporção de doentes diagnosticados com critérios de SIDA e com contagens de linfócitos T CD4 baixas, ou seja, em fases tardias da infecção (*late presenters*). É, de facto, necessário testar com maior frequência os indivíduos não pertencentes aos grupos classicamente identificados como de risco. Um estudo realizado entre 1992 e 2006 verificou que no período mais recente cerca de um terço dos casos foram diagnosticados num estadió avançado de imunodeficiência, sendo sobretudo doentes do sexo

masculino, heterossexuais, estrangeiros e mais velhos.¹⁶

Em consonância com as *guidelines* vigentes na altura,¹⁹ foi iniciada terapêutica antiretroviral a todos os doentes com diagnóstico em 1997/1998 que garantiam uma aderência adequada. Em 2007/2008 apenas iniciaram terapêutica 55,7 % dos doentes diagnosticados, uma vez que as recomendações dessa data são mais conservadoras, recomendando o início da terapêutica mais tarde.^{20,21} Contudo, a tendência actual parece ser de novo para instituição de terapêutica em fases mais precoces, advogando-se o seu benefício sobretudo nos doentes com patologia cardiovascular e nos coinfectados com vírus de hepatites B e/ou C.²²

No que concerne à escolha dos fármacos, existem diferenças nítidas entre os dois períodos, o que se prende com as orientações terapêuticas vigentes e os produtos disponíveis em cada um deles.¹⁹⁻²¹ Assim, no biénio 1997/1998 a maioria (73.7%) dos regimes terapêuticos iniciados baseavam-se em IP, considerados de maior potência comparativamente com a classe dos INNTR, à data com a nevirapina como representante único; já em 2007/2008 o esquema instituído num maior número de casos (64.4%) incluiu um INNTR, com especial destaque para o efavirenz, sendo a escolha ditada por eficácia sobreponível, maior comodidade

posológica e menor custo relativamente aos IP. Quanto ao *backbone* de INTR, enquanto em 1997/1998 as hipóteses eram diversificadas e aleatórias, no período mais recente as opções são mais limitadas e bem definidas, sendo a potência e a tolerabilidade características que tornam preferencial (86.4%) a co-formulação tenofovir/entricitabina.

Nos últimos anos tem-se assistido ao aparecimento de novos fármacos e de associações fixas/co-formulações, resultando em simplificação posológica dos esquemas terapêuticos actuais, tal como foi evidenciado na nossa análise. Isto tem certamente reflexo na aderência e no cumprimento mais adequado da terapêutica antiretroviral.

O reduzido número de doentes analisados não permite tecer considerações acerca da taxa de mudança/interrupção de terapêutica (que não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os dois períodos), nem sobre os motivos subjacentes.

CONCLUSÕES

Na nossa análise verificámos que em 2007/2008 os doentes apresentaram uma idade média superior. A transmissão heterossexual teve um maior contributo nos novos diagnósticos de infecção VIH, verificando-se um menor número de casos associado ao uso de drogas endovenosas. Constatámos, também, que permanece elevado o número de doentes diagnosticados em fase avançada, alertando para a necessidade de um diagnóstico mais precoce.

Tem-se assistido nos últimos anos uma simplificação dos esquemas terapêuticos, com menor número de comprimidos e de tomas, e com melhor tolerabilidade, como evidenciado na nossa análise.

Apesar dos dados obtidos serem concordantes com os registados a nível nacional, a nossa é uma população pequena, inviabilizando a generalização para a realidade do país. ■

Nota: Trabalho apresentado pelos autores no decurso de realização “IX Master de SIDA” na Faculdade de Medicina da Universidade de Barcelona.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Clinic, Barcelona, em especial ao Dr. Josep Gatell, Dr. Josep Mallolas e Dr. Josep Miró, bem como ao grupo da Consulta de Medicina/Imunodeficiência do Serviço de Medicina 1.4 do Centro Hospitalar de Lisboa

Central, EPE, nomeadamente à Dra. Isabel Germano, Dra. Fátima Lampreia e Dra. Umbelina Caixas.

Bibliografia

1. Quinn TC. HIV epidemiology and the effects of antiviral therapy on long-term consequences. *AIDS* 2008; 22 (3): S7-S12.
2. Anglaret X. Global AIDS epidemic: From epidemiology to universal treatment. *Rev Med Interne* 2008; 29 (supl3): S269-273.
3. Cohen M et al. The spread, treatment and prevention of HIV-1: evolution of a global pandemic. *J Clin Invest*, 2008; 118 (4): 1244-1254.
4. UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic 2008: Available at: <http://www.unaids.org>.
5. Semaille C et al. Four years surveillance of recent HIV infections at country level, France mid 2003-2006 experience and perspectives. *Eurosurveillance*. 2008; 13 (7-9): 17-21.
6. Romero A et al. Recently acquired HIV infection in Spain (2003-2005): Introduction of the serological testing algorithm for recent HIV seroconversion. *Sex Transm Inf* 2009; 85: 106-115.
7. Likatavicius G et al. An increase in newly diagnosed HIV cases reported among men who have sex with men in Europe, 2000-6: implications for a European public health strategy. *Sex Transm Infect* 2008; 84:499-505.
8. Van Den Berg C et al. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction*, 2007; 102 (9): 1454-1462.
9. EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End of year report 2009. Institute de Veille Sanitaire.
10. Amaral JA, Pereira EP, Paixão MT. Data and projections of HIV/AIDS cases in Portugal: an unstoppable epidemic? *Journal of Applied Statistics* 2005; 32 (2): 127-140.
11. Coordenação Nacional para a infecção VIH/SIDA. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção pelo VIH/SIDA 2007-2010. s.l. : <http://www.sida.pt>, 2007.
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). AIDS surveillance- general epidemiology, 2007.
13. Vives N, Folch C. and Casabona J. Epidemiología y prevención del VIH y del sida. [book auth.] J. M. Gatell, et al. Guía Práctica del SIDA- Clínica, Diagnóstico y Tratamiento. Barcelona: Elsevier Masson, 2007.
14. Andrew LJ. Whatever happened to AIDS? Time to refocus. *Community Practitioner* 2008; 81 (11): 35-38.
15. Wilson D. Halperin, D. T. “Know your epidemic, know your response”: a useful approach, if we get it right. *The Lancet* 2008; 372:423-426.
16. Borghi V, Girardi E, Bellelli S. Late presenters in an HIV Surveillance System in Italy during the period 1992-2006. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008; 49 (3): 282-286.
17. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal. 31 de Dezembro de 2007. Doc.139. s.l. : Ministério da Saúde, 2008.
18. Folch C, Marks G, Granell M. Factors associated with unprotected sexual intercourse with steady male, casual male and female partners among men who have sex with men in Barcelona, Spain. *AIDS Education and Prevention*. 2006; 18 (3): 227-242 .
19. Stanley S, Kaplan J et al. Guidelines for use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents. Centers for Disease Control and Prevention. [Online] 1998. <http://www.cdc.gov>.
20. Clumeck N, Pozniak A, Raffi F. European AIDS Clinical Society guidelines for the clinical management and treatment of HIV-infected adults. *HIV Medicine*. 2008; 9: 65-71.
21. Bartlett JG, Lane HC et al. Guidelines for use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents. Centers for Disease Control and Prevention. [Online] 2008. <http://www.cdc.gov>.
22. Hammer SM et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection. 2008 recommendations the international AIDS Society-USA panel. *JAMA* 2008; 300 (5): 555-570.